Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montérégie
Santé publique

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE RÉFLEXION SUR LA NOTION D'INTERVENANTE PRIVILÉGIÉE

par

Dominique Arama
Luce Bordeleau

10 janvier 2005

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ « INTERVENANTE PRIVILÉGIÉE » 3

INTRODUCTION 4

LA NOTION D'INTERVENANTE PRIVILÉGIÉE 6

Constats du comité 6

LES CONDITIONS FAVORABLES AU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE 7

Recommandation # 1 – Que chaque équipe interdisciplinaire effectue un bilan de leur fonctionnement en interdisciplinarité *8*

Recommandation # 2 – Qu'il y ait une suite à la formation sur la pratique interdisciplinaire *10*

Annexe 1 - Extrait du document : « Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence » *12*

Annexe 2 - Questionnaire pour le bilan sur le travail en équipe interdisciplinaire *24*

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ « INTERVENANTE PRIVILÉGIÉE »

PROGRAMME 2-5 ANS

Céline Dumas, éducatrice spécialisée	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska
Sylvie Lavallée, psychoéducatrice	CLSC Simonne-Monet-Chartrand
Trinh Nguyen, psychoéducatrice	CLSC Longueuil-Ouest

PROGRAMME NEGS-PSJP

Lyne Boyer, psychoéducatrice	CLSC-CHSLD Vallée-des-Forts
Dominique Gélinas, nutritionniste	CLSC Katéri
Louise Giasson, infirmière	CLSC Simonne-Monet-Chartrand
Sophie Lescarbeau, travailleuse sociale	CLSC Longueuil-Ouest
Christiane Montpetit, infirmière	CLSC St-Hubert
Michèle Ouellette, travailleuse sociale	CLSC des Seigneuries
Marlène Zurbuchen, infirmière	CLSC-CHSLD des Maskoutains

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Dominique Arama

Luce Bordeleau

Ginette Lamarre

INTRODUCTION

En Montérégie, depuis 1997, le programme Naître égaux-grandir en santé (NÉGS) a évolué et les territoires de CLSC se le sont approprié, le teintant de leurs propres couleurs. En 2002, il s'est enrichi du PSJP et du Soutien éducatif 2-5 ans : la constitution des équipes s'est alors modifiée, des ressources issues du psychosocial ainsi que des psychoéducatrices[1] se sont ajoutées aux équipes interdisciplinaires. Finalement, en 2004, le MSSS et ses collaborateurs, dans une perspective de continuité de services auprès des familles ayant de jeunes enfants et vivant en contexte de vulnérabilité, ont intégré les divers programmes qui s'adressent à ces familles en un seul, soit *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.*

De tels changements impliquent de revoir la notion d'intervenante privilégiée dans le cadre plus général du fonctionnement des équipes interdisciplinaires. Ce document présente donc des recommandations sur la démarche à mettre en place afin d'effectuer les ajustements nécessaires à une intégration harmonieuse des programmes. Il s'adresse tout particulièrement aux gestionnaires de programme et aux responsables d'équipe interdisciplinaires mais aussi aux intervenantes qui ont le mandat de réaliser les activités du programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite-enfance.*

Pour réaliser ce travail, la Direction de santé publique de la Montérégie a mis sur pied un comité de réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée auquel ont participé des intervenantes issues de divers CLSC, programmes et professions.

Le mandat de ce comité était :

> **D'ÉTABLIR LES ORIENTATIONS RÉGIONALES À PROPOSER AUX ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES QUANT À L'APPLICATION DE LA NOTION D'INTERVENANTE PRIVILÉGIÉE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTERDISCIPLINARITÉ.**

Le comité s'est rencontré à deux reprises. Après une brève présentation de la section «accompagnement des familles» du cadre de référence ainsi que du concept d'interdisciplinarité, les membres du comité ont fait état des modes de fonctionnement prévalant dans leur milieu respectif quant au rôle de l'intervenante privilégiée. Cet exercice leur a permis d'identifier les défis que pose aux équipes l'intégration des services ainsi que ceux liés à la pratique des intervenantes sur le terrain. Les représentantes des CLSC ayant déjà réalisé une réflexion sur la question ont ainsi partagé leurs conclusions et leurs façons de faire pour s'adapter au changement.

Le présent document expose donc de façon succincte la notion d'intervenante privilégiée tirée du cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux. Suivent les constats des

[1] Le terme psychoéducatrice utilisé dans ce texte réfère également aux éducatrices spécialisées du programme.

membres du comité quant à l'application de cette notion dans leur équipe respective, puis un bref rappel des conditions favorables au travail en interdisciplinarité. Finalement, nous présentons les deux recommandations qui guideront la réflexion et orienteront la prise de décision des équipes quant aux rôles des intervenantes au sein des services intégrés.

La notion d'intervenante privilégiée

Dans un souci de cohérence, les travaux du comité ont été réalisés en accord avec le nouveau cadre de référence. En voici quelques extraits (vous trouverez à l'annexe 1 le texte intégral du cadre de référence concernant l'accompagnement des familles):

- ✓ «...la présence d'une intervenante privilégiée est nécessaire tout au long de la période de suivi. Idéalement, selon les écrits scientifiques, la même intervenante devrait soutenir et accompagner la famille pendant cette période. (...) Même si l'on ne peut être certain de pouvoir compter sur les services de la même intervenante durant cinq ans, il faut **viser la plus grande continuité possible** et, le cas échéant, le changement d'intervenante doit se faire avec toutes les précautions nécessaires. » (p.27).

- ✓ « Sur la base des programmes de périnatalité évalués à ce jour, l'intervenante privilégiée est généralement infirmière, mais elle peut être nutritionniste, agente de relations humaines, travailleuse sociale, psychologue, psychoéducatrice ou avoir une autre profession. Elle est rattachée à un centre de santé et de services sociaux et jumelée à une famille selon la correspondance entre les besoins les plus aigus de celle-ci et la profession qui saura le mieux les combler. » (p.27).

- ✓ Pour pouvoir mener à bien son travail de suivi, l'intervenante privilégiée bénéficie de l'appui d'autres professionnels du centre de santé et de services sociaux avec qui elle forme une équipe interdisciplinaire. » (p.27).

- ✓ Il peut toutefois arriver que, selon les besoins particuliers d'une famille, d'autres spécialistes aient à intervenir à un moment ou à l'autre du suivi. (...) C'est cependant l'intervenante privilégiée qui entretient le lien de confiance avec la famille tout au long du suivi individualisé (p. 29).

Constats du comité

L'exposé des membres du comité concernant la situation prévalant dans leur propre milieu de travail quant au rôle de l'intervenante privilégiée a mené aux constats suivants :

1. Le bien fondé de la notion d'intervenante privilégiée qui établit un lien de confiance avec une famille n'est pas remis en question. Son application, bien que variée, est respectée dans tous les territoires de CLSC.

2. Cette application inclut la possibilité, tel que proposé dans le cadre de référence, qu'une « intervenante spécialisée » mène une intervention ponctuelle ou à durée variable en collaboration avec l'intervenante privilégiée.

3. Pour certaines équipes, le nombre insuffisant de ressources psychosociales et/ou de nutritionnistes fait en sorte qu'a priori le rôle d'intervenante *spécialisée* leur est attribué, et

celui d'intervenante *privilégiée* ne constitue qu'une part minime de leurs fonctions dans les services intégrés.

4. Toute intervenante, quelle que soit sa profession, pourrait être amenée à jouer deux rôles au sein de l'équipe interdisciplinaire : intervenante *privilégiée* et intervenante *spécialisée*.

Par *intervenante spécialisée*, nous entendons :

L'intervenante qui peut :

a) Intervenir ponctuellement auprès d'une famille à un moment ou l'autre du suivi en fonction de son champ de compétence (nursing, travail social, nutrition, psychoéducation/éducation spécialisée, etc...) selon les besoins de la famille, et ce, en collaboration avec l'intervenante privilégiée et en complémentarité avec son intervention.

b) Offrir ses conseils de spécialiste à l'intervenante privilégiée afin de la soutenir dans son suivi auprès de la famille.

LES CONDITIONS FAVORABLES AU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

Dans sa réflexion, le comité se situe en continuité avec la formation et l'expérience montérégienne en interdisciplinarité. Or, on sait que certaines conditions favorisent le travail en interdisciplinarité. Certaines relèvent de la gestion interne de chaque établissement, d'autres des qualités et attitudes des intervenantes qui l'intègrent à leur pratique. Le comité croit utile de rappeler certaines de ces conditions de succès :

- un parti pris pour la gestion participative;
- des buts communs et des mandats clairs;
- un mode de fonctionnement souple et efficace;
- un climat d'ouverture et de confiance;
- l'implication des membres de l'équipe et l'interdépendance.

RECOMMANDATIONS

Recommandation # 1 – Que chaque équipe interdisciplinaire effectue un bilan de leur fonctionnement en interdisciplinarité

L'intégration des divers programmes nécessitera pour les équipes interdisciplinaires de procéder à un bilan de leur fonctionnement actuel et, si nécessaire, à un ajustement de celui-ci à la lumière du nouveau cadre de référence des services intégrés et en fonction des ressources humaines disponibles au sein de l'équipe. Cet exercice devra se faire dans le respect des différences et particularités de chaque territoire, ce qui permettra à chaque équipe d'identifier les défis que lui posent ces nouvelles orientations. Le bilan proposé comporte deux volets :

1. Une analyse du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire. À cet effet, un questionnaire est proposé à l'annexe 2.

2. Une réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée dans le cadre de l'intégration des programmes.

Notion d'intervenante privilégiée

Les situations évoquées dans les scénarios qui suivent peuvent s'appliquer à tout titre professionnel dont le nombre est restreint dans les établissements en fonction du mandat qui lui est spécifique. Cependant, dans le cadre de son mandat de réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée, le comité s'est penché plus spécifiquement sur le rôle de la *psychoéducatrice*. Trois considérations ont guidé ce choix :

- ✓ Un des trois objectifs du cadre de référence provincial vise spécifiquement le développement de l'enfant soulignant ainsi l'importance d'intervenir directement auprès de lui.

- ✓ La Montérégie, via un programme de soutien éducatif pour les enfants de 2 à 5 ans offert par des psychoéducatrices, a fait le choix d'investir dans la prévention des retards de développement en s'appuyant sur l'intensité requise pour créer un impact significatif.

- ✓ Le nombre de ressources spécialisées en ce domaine dans les équipes est restreint.

Plusieurs possibilités quant à leur rôle s'offrent aux psychoéducatrices du programme 2-5 ans. Chaque équipe interdisciplinaire aura à réfléchir sur la manière la plus optimale d'utiliser cette ressource en tenant compte des résultats attendus. Voici, à titre d'exemples, des scénarios possibles quant au rôle des psychoéducatrices :

Scénario 1

La psychoéducatrice agit à titre d'intervenante privilégiée pour un suivi de grossesse dans les cas où :

- une famille nouvellement intégrée au programme pour un suivi de grossesse compte un enfant âgé de 2 à 5 ans à risque de retard de développement confirmé par une observation préalable du développement de l'enfant;
- une grossesse survient alors que la psychoéducatrice assure le suivi d'un enfant âgé de 2 à 5 ans.

Le soutien des membres de l'équipe est alors essentiel lors des réunions d'équipe ou à titre de spécialistes dans leurs champs de compétence respectifs.

Scénario 2

La psychoéducatrice agit à titre d'intervenante spécialisée au sein d'une famille suivie par une intervenante privilégiée dans les cas où :

- de façon ponctuelle, une intervenante de l'équipe requiert une information, une opinion, une évaluation ou une intervention spécifique au développement de l'enfant;
- l'enfant suivi atteint ± 2 ans et est à risque de retard de développement;
- l'intervenante privilégiée perçoit un risque de retard de développement chez un membre de la fratrie âgé de 2 à 5 ans.

Le cas échéant, en accord avec la famille, l'équipe pourrait choisir soit de maintenir le lien avec l'intervenante privilégiée tout en espaçant les rencontres, soit d'opérer un transfert d'intervenante privilégiée vers la psychoéducatrice.

Scénario 3

La psychoéducatrice n'agit jamais à titre d'intervenante privilégiée pour un suivi de grossesse :

En fonction du bilan sur son mode de fonctionnement et de la réflexion que chaque équipe aura à faire au regard du nouveau cadre de référence, un CLSC pourrait décider que la psychoéducatrice du programme 2-5 ans n'agira pas à titre d'intervenante privilégiée pour un suivi de grossesse et se centrera sur son mandat de soutien éducatif pour les enfants de 2 à 5 ans.

Quel que soit le scénario choisi, il importe de souligner le fait que les intervenantes bénéficieront de formations et seront outillées de façon à effectuer le suivi sur cinq ans de la façon la plus optimale.

Recommandation # 2 – Qu'il y ait une suite à la formation sur la pratique interdisciplinaire

Compte tenu du roulement de personnel au sein des équipes, de l'ajout de nouvelles ressources et de nouvelles professions ainsi que de l'intégration des programmes, le comité recommande d'offrir une suite à la formation sur la pratique interdisciplinaire donnée en 2001.

Dans un souci de continuité, il serait intéressant que cette formation soit ajustée à la réalité de chaque équipe interdisciplinaire (formation sur mesure).

CONCLUSION

Le présent rapport met en lumière l'importance de respecter les différentes réalités des équipes interdisciplinaires du programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite-enfance*. Nous croyons qu'il revient à chaque équipe de déterminer, selon la composition de sa clientèle mais surtout en fonction des ressources dont elle dispose, comment se fera la mise en application de la notion d'intervenante privilégiée. Ceci devrait cependant être fait en concordance avec le cadre de référence national et dans le respect de l'esprit du travail en interdisciplinarité. Pour ce faire, un bilan du fonctionnement actuel des équipes s'avère nécessaire pour ensuite procéder à aux ajustements nécessaires à l'harmonisation des pratiques communes ou spécifiques.

Nous souhaitons que ce document représente un outil utile aux gestionnaires de programme et aux responsables d'équipe, et apporte un éclairage profitable aux intervenantes des équipes interdisciplinaires chargées de réaliser les activités du programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite-enfance*.

Annexe I

Extrait du document : *« Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence »*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, Québec, 2004, 79 p.

Section II – Chapitre 1 – Pages 24 à 33

Annexe 1 - Extrait du document : « Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence »

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, Québec, 2004, 79 pages, section II, chapitre 1, pages 24 à 33

CHAPITRE 1

L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

L'accompagnement des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables s'effectue d'abord à partir du suivi individualisé, lequel peut être appuyé également par des activités de groupe. Le suivi individualisé prend la forme de rencontres menées par une intervenante privilégiée qui a une relation continue avec ces familles. Le fait que cette intervenante soit membre d'une équipe interdisciplinaire lui permet de bénéficier de l'expérience de professionnels d'autres disciplines. Deux outils sont essentiels à son intervention : la grille d'identification des besoins et le plan d'intervention. Un autre élément essentiel des services à offrir aux familles est la fréquence des rencontres.

1.1 Le suivi individualisé

Le suivi individualisé est une excellente façon pour l'intervenante privilégiée de connaître les familles ainsi que leur milieu de vie et leurs besoins. Ce suivi permet, entre autres, aux futurs parents et aux nouvelles familles de préciser leur projet de vie, souvent lié au projet de devenir parents. Chaque membre de la famille est aidé pour reconnaître ses capacités propres, pour développer son estime de soi et pour effectuer des changements dans sa vie selon son rythme. Ainsi, l'intervenante privilégiée encouragera chacun à prendre conscience de ses succès et à réaliser son projet de vie.

En période postnatale, le suivi individualisé vise entre autres choses à permettre aux parents de développer leur sensibilité parentale, particulièrement en ce qui a trait à la compréhension des signaux de l'enfant et aux façons adéquates d'y répondre, ce qui renforce le lien d'attachement, diminue le contrôle exercé par les parents sur le bébé et réduit les risques de négligence envers ce dernier. Pendant cette période, le suivi peut également se rapporter aux besoins des parents eux-mêmes ; il concernera, par exemple, la santé – tant physique que psychosociale – de la mère, l'adoption de saines habitudes de vie ou encore les activités avec le père. Toutes les visites faites à une famille par l'intervenante privilégiée doivent viser l'appropriation du pouvoir d'agir par les parents ou le renforcement de ce pouvoir ; elles ne peuvent donc pas se substituer aux responsabilités parentales. Les parents sont toujours les maîtres d'œuvre de leur projet de vie. L'intervenante privilégiée les soutient, les écoute, les informe et les accompagne, sans toutefois faire à leur place.

1.1.1 La structure des rencontres

Les rencontres organisées dans le cadre du suivi individualisé ont lieu au domicile de la famille ou dans un autre endroit si c'est le choix des familles. Il est important que l'intervenante privilégiée établisse la relation dès les premières minutes de l'entretien. Le fait de se centrer, dans un premier temps, sur ce qui préoccupe les membres de la famille au moment de sa visite rend la rencontre moins menaçante pour eux. Elle doit d'abord répondre aux besoins les plus pressants de la famille et s'assurer que tous les besoins primaires sont satisfaits. Ainsi, une attention particulière doit être prêtée à l'alimentation, au logement et à la sécurité de chacun des membres de la famille. Si un problème, comme la violence, la négligence ou la toxicomanie se présente, l'intervenante privilégiée doit prendre les moyens nécessaires pour offrir à la famille l'aide dont elle a besoin. Par la suite, elle évalue la ituation de la mère, du père et des enfants. Cette analyse faite avec empathie, l'amène à s'intéresser aux valeurs et aux croyances de la famille ainsi qu'aux perceptions que le père et la mère ont du rôle de parents comme de l'éducation des enfants. Elle l'aide également à comprendre le sens que la famille donne aux comportements de chacun de ses membres.

La discussion portera sur l'évolution de la grossesse ou sur le développement de l'enfant. Le père et la mère ont ainsi l'occasion de dire comment ils vivent la grossesse ou ce qu'ils ont remarqué de nouveau chez les enfants et ce qu'ils ont trouvé stimulant ou difficile. Des questions sur ces sujets amènent les parents à améliorer leur capacité d'observer les comportements de leur enfant en constant développement.

Pendant les rencontres, l'intervenante privilégiée prendra le temps nécessaire pour s'intéresser au projet de vie de la mère et du père ainsi que pour s'informer des moyens qu'ils prennent pour le réaliser de façon satisfaisante pour eux. L'intervenante les informera également des activités communautaires qui sont susceptibles de leur apporter du soutien et les invitera à y participer ; elle pourra même leur offrir de les accompagner à certaines activités. Une bonne façon de terminer la rencontre est de préciser les attentes réciproques et les éléments essentiels qui feront partie du plan d'intervention en vue de la prochaine rencontre. Le fait de revenir sur ces sujets à la rencontre suivante permet de donner une certaine logique et un sens au suivi. De plus, cela aide les membres de la famille à prendre conscience de ce qu'ils ont acquis par rapport aux objectifs fixés dans le plan d'intervention.

Bien que la structure de chaque rencontre soit assez définie, le contenu de chacune peut varier sensiblement. L'intervenante privilégiée doit adapter ce contenu en fonction des besoins et des problèmes quotidiens et de la dynamique familiale. Elle agit directement auprès de la mère, du père et des enfants selon les objectifs immédiats et le contenu prévu de la rencontre tout en respectant le rythme d'évolution et le fonctionnement de la famille. Par ailleurs, certaines activités éducatives à l'intention des enfants se font pendant les visites à domicile, en complémentarité avec les activités de soutien éducatif offertes aux parents pour renforcer leurs compétences parentales.

1.1.2 La place du père

Si l'intervenante privilégiée s'occupe beaucoup de la santé comme du bien-être de la mère et de l'enfant, elle doit demeurer extrêmement attentive à la place du père dans la cellule familiale. En plus de prendre en considération les besoins de ce dernier, elle doit s'assurer de répondre à ceux qui se rapportent à la relation entre le père et l'enfant. Il est important que l'intervenante privilégiée veille à établir une relation tout aussi significative avec le père qu'avec la mère. C'est souvent avec le changement de perception qu'a le père de son rôle que commence le travail de l'intervenante ; en effet, au lieu de simplement composer avec l'absence du père, elle incitera celui-ci à s'engager dans l'intervention.

Dans les milieux vulnérables, l'avènement de la paternité s'inscrit souvent dans une trajectoire personnelle difficile, mais aussi dans un contexte où la vie est semée d'obstacles divers : non-reconnaissance légale de la paternité – très fréquente quant il s'agit de grossesses à l'adolescence –, conflits conjugaux, chômage, peur de ne pas être à la hauteur, problèmes de consommation de psychotropes, pressions des futurs grands-parents, etc. S'ajoute à ces obstacles la difficulté d'organiser simultanément trois facettes de la vie : l'insertion socioéconomique, la vie de couple et la paternité. En conséquence, l'intervention consiste autant à aider les pères à surmonter ces obstacles qu'à les soutenir directement dans leur rôle de père.

En période prénatale, l'intervenante doit s'intéresser aux projets des pères, qu'elle orientera au besoin vers les services appropriés. Elle s'informe de l'état de la communication dans le couple et prête attention à l'ambivalence éventuelle du père par rapport à la grossesse – excitation et peur de ne pas être à la hauteur des responsabilités, peut-être comme son propre père –, ainsi qu'à ses préoccupations relativement aux changements psychologiques et physiques de la mère. L'intervenante fait de petits gestes qui donnent de la place aux pères ; par exemple, elle s'adresse à eux lorsqu'ils répondent au téléphone, elle tient compte de leurs heures de disponibilité pour fixer les rencontres, elle leur envoie des invitations personnelles ou elle leur donne de l'information qui concerne spécialement les pères. Elle les encourage à accompagner leur conjointe aux visites médicales et aux rencontres prénatales en plus de solliciter leur participation aux tâches imposées par la venue du bébé, comme la recherche de meubles, d'un logement ou d'un siège d'auto. L'intervenante privilégiée peut encore ici s'offrir à accompagner le couple pour certaines activités telles que la visite de la salle d'accouchement ou la rencontre du médecin traitant à l'occasion du premier rendez-vous.

Pendant la période postnatale, l'intervenante privilégiée continue à porter de l'intérêt aux projets des pères. Elle s'informe de la façon dont les deux parents coopèrent aux soins donnés à l'enfant ; elle les oriente vers des services de soutien et les accompagne à des rendez-vous, au besoin. Elle fait d'autres petits gestes qui donnent de la place aux pères et qui leur montrent qu'ils sont importants dans la vie de leur bébé. Elle les intéresse aux capacités du nourrisson en mettant en évidence les réactions de ce dernier aux gestes qu'ils font. Elle continue également de solliciter leur participation aux tâches découlant de la présence du bébé ; ce peut être de jouer avec lui, de lui parler ou de l'amener à l'extérieur de la maison. Enfin, elle met en évidence ce qu'ils font pour la famille – préparer les repas, voir à la sécurité dans la maison ou s'occuper des enfants plus vieux, par exemple –, ce qui consolide leur rôle de père.

1.1.3 Les activités de groupe

Le suivi individualisé peut être appuyé par des activités de groupe, lesquelles permettent de renforcer le potentiel individuel, en plus de briser l'isolement et de favoriser la participation des familles à la vie communautaire. En fait, ces activités donnent l'occasion aux femmes enceintes ou aux mères et aux pères de discuter avec d'autres parents de leur situation, de moyens utilisés pour surmonter leurs difficultés ou encore de sujets qui les intéressent en tant que famille ou parents et de briser ainsi l'isolement souvent connu pendant la grossesse ou après la naissance d'un bébé. Le fait de se retrouver en groupe est particulièrement apprécié des jeunes parents puisque ceux-ci recherchent la présence de pairs avec qui ils pourront établir des relations, desquelles naîtra probablement un sentiment d'appartenance. Il s'agit en effet d'un excellent moyen de se faire une place dans la communauté, d'y nouer des liens et même d'y tisser un réseau social significatif.

Le groupe ajoute des possibilités au suivi individualisé, sans jamais le remplacer ; les deux moyens se complètent. Ainsi, en aucun temps les visites à domicile ne sont remplacées par des rencontres de groupe puisque l'évaluation des besoins et le soutien au projet de vie des familles ne se font qu'au moyen de ces visites. L'intervenante privilégiée continue donc son suivi individuel à domicile, et ce, sur la base du plan d'intervention convenu avec la famille. De plus en plus d'intervenants considèrent toutefois qu'il vaut la peine de faire davantage appel à des modes d'intervention complémentaires, dont les rencontres de groupe et la collaboration étroite avec le milieu communautaire.

Pour ce qui est de l'organisation des activités de groupe, il est important qu'elles aient lieu, le plus souvent possible, en présence des enfants ou encore, si elles sont préparées à leur intention, qu'elles se déroulent en présence des parents. Le lieu des rencontres peut varier selon les besoins ou l'organisation locale des services. Les activités organisées ou animées en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux, les centres jeunesse ou des organismes communautaires présentent plusieurs avantages. Les milieux communautaires voués à l'enfance et à la famille ont une expertise dans ce domaine. Le caractère pratique et concret des activités qu'ils offrent plaît particulièrement aux mères adolescentes.

1.2 L'intervenante privilégiée

Le contexte de vulnérabilité dans lequel se trouvent les familles ainsi que leur fréquente histoire de rejet et d'échec nous amènent à reconnaître que la présence d'une intervenante privilégiée est nécessaire tout au long de la période de suivi. Idéalement, selon les écrits scientifiques, la même intervenante devrait soutenir et accompagner la famille pendant cette période. En effet, il est reconnu que la force du lien de confiance établi avec la famille alors que l'enfant traverse une étape déterminante de sa vie et que la motivation au changement est grande chez les parents, est l'un des ingrédients les plus efficaces de ce type d'intervention. Même si l'on ne peut être certain de pouvoir compter sur les services de la même intervenante durant cinq ans, il faut viser la plus grande continuité possible et, le cas échéant, le changement d'intervenante doit se faire avec toutes les précautions nécessaires.

L'intervenante privilégiée a le souci de répondre aux besoins immédiats des familles en ce qui concerne l'amélioration de leur situation. Elle encourage le père et la mère à utiliser les ressources de la communauté ; elle les soutient et les accompagne dans leur insertion sociale, l'apprentissage de leurs rôles parentaux et l'adoption de saines habitudes de vie.

L'intervenante privilégiée doit par ailleurs reconnaître que les membres de la famille ont des compétences leur permettant de résoudre leurs problèmes et de se réaliser. Toutefois, il arrive très souvent que ces familles ne se connaissent que très peu de moyens, leurs compétences étant masquées par l'ampleur des difficultés qu'elles vivent. Le travail de l'intervenante privilégiée permettra de faire ressortir ces compétences, notamment par l'intermédiaire d'un projet de vie qui motive tous les membres de la famille à avancer, et qui ne demande qu'à être précisé et à se réaliser avec le soutien de l'intervenante. Celle-ci se souciera que chacun des membres – père, mère et enfants – participe activement à l'évaluation des besoins et des difficultés de la famille ainsi qu'au choix des actions qui permettront au projet familial de se concrétiser. Elle demeure constamment à l'écoute des besoins de chacun des membres de la famille et les concilie avec leur projet de vie, personnel ou familial. Il va sans dire que le suivi fait par l'intervenante privilégiée exige que celle-ci utilise de nouveaux outils et ait une formation adéquate afin de déterminer quels moyens lui permettront d'aider chacune des familles à réaliser son projet de vie.

Sur la base des programmes de périnatalité évalués à ce jour, l'intervenante privilégiée est généralement infirmière, mais elle peut être nutritionniste, agente de relations humaines, travailleuse sociale, psychologue, psychoéducatrice ou avoir une autre profession. Elle est rattachée à un centre de santé et de services sociaux et jumelée à une famille selon la correspondance entre les besoins les plus aigus de celle-ci et la profession qui saura le mieux les combler.

Pour pouvoir mener à bien son travail de suivi, l'intervenante privilégiée bénéficie de l'appui d'autres professionnels du centre de santé et de services sociaux avec qui elle forme une équipe interdisciplinaire. Elle a ainsi l'occasion de parler avec ses pairs des familles dont elle s'occupe, que ce soit sur le plan de leurs besoins ou sur celui des services à leur offrir. De plus, elle participe aux travaux de la table intersectorielle ou s'y fait représenter.

Enfin, particulièrement pendant la période prénatale, l'intervenante privilégiée s'efforce d'établir des liens avec le médecin traitant de la femme enceinte qu'elle rencontre, si cette dernière y consent, afin d'améliorer encore le suivi. La création des groupes de médecine de famille devrait faciliter la transmission de l'information médicale entre les intervenants des centres de santé et de services sociaux et les médecins traitants. Le carnet de grossesse, développé et utilisé d'abord par le CLSC Le partage des eaux, et repris dans le cadre du programme Naître égaux – Grandir en santé peut aussi être un outil intéressant pour assurer la communication entre le médecin traitant, la femme enceinte et l'intervenante privilégiée (Gasse et Robert, 1995). Le lien avec le médecin traitant a également sa place pendant la période postnatale. Ainsi, des mécanismes visant la collaboration étroite entre les médecins qui assurent le suivi médical, tant en période prénatale qu'en période postnatale, et les intervenantes privilégiées doivent être mis en place ou consolidés.

Il peut arriver que certaines familles refusent le suivi avec l'intervenante privilégiée ; elles pourraient alors entrer en contact avec d'autres ressources du milieu. Ces ressources peuvent recevoir le soutien d'un membre de l'équipe interdisciplinaire afin d'offrir certains contenus et d'amener graduellement ces familles vers les services plus intensifs du centre de santé et de services sociaux. La reconnaissance des compétences des partenaires communautaires travaillant en périnatalité et pour la petite enfance est ici fondamentale. Cette reconnaissance se concrétise par des collaborations ou des ententes de service appropriées. Des liens harmonieux doivent être établis et maintenus dans la perspective où chacun a une contribution particulière dans l'accompagnement des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1.2.1 Les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée

L'intervenante privilégiée aura certaines attitudes favorables à une relation stable et continue. Elle doit d'abord et avant tout ne pas avoir de préjugés contre les familles les plus démunies ni émettre de jugements défavorables sur elles. Ensuite, l'empathie lui permettra de comprendre ce que vivent les familles rencontrées et de bien saisir les émotions qu'elles ressentent. C'est encore l'empathie qui lui permettra de décoder ce qui est le plus important dans la vie et dans l'environnement des familles. Ce qu'elle apprendra de ces familles pourrait ensuite l'amener à remettre en question ses propres valeurs. Quant à la considération, elle contribue à faire reconnaître chez les autres leur potentiel de ressources, de forces et de réelles capacités leur permettant d'avancer comme d'améliorer leur situation. Enfin, la disponibilité rend l'intervenante privilégiée très vigilante et lui permet de rester à l'écoute des personnes qu'elle rencontre ; la première doit en effet saisir le sens des messages émis par les secondes ainsi que les émotions qu'éveille chez elles l'information transmise. Cette disponibilité donne une certaine souplesse au suivi en s'opposant à un cadre rigide qui ne saurait tenir compte des besoins individuels et spontanés de chacun des membres de la famille. La disponibilité est chaleureuse et valorisante ; elle se vit au présent, elle donne la première place à la personne rencontrée et elle se centre toujours et avant tout sur des solutions qui lui conviennent de façon réaliste. Cette disponibilité peut devenir patience, flexibilité et authenticité. Sans toutes ces qualités, l'intervention se résumerait en un répertoire de trucs et de moyens étrangers au respect de la personne à qui on s'adresse.

1.2.2 La relation de confiance

Les familles qui sont dans une situation qui les rend vulnérables ont souvent fait l'expérience du rejet et de l'échec. Elles vivent continuellement dans des conditions difficiles, allant même jusqu'à l'exclusion sociale, et il faut comprendre que, pour elles, faire appel à des ressources externes peut évoquer le risque ou faire naître le sentiment de perdre leur fragile équilibre ou encore leurs enfants.

Un défi se pose alors aux intervenantes : la nécessité de vaincre la méfiance des parents et d'établir une relation de confiance avec eux. Ce lien de confiance réciproque entre l'intervenante privilégiée et les membres de la famille peut d'abord aider ces derniers à reprendre confiance en eux et ensuite leur servir de modèle lorsqu'ils veulent nouer des liens de confiance avec d'autres personnes de leur entourage importantes pour eux.

Certaines attitudes facilitent l'établissement et le développement du lien de confiance qui est lui-même à la base d'une relation significative entre l'intervenante et la famille. Une attitude respectueuse est de mise ; elle permet à l'intervenante de se centrer d'abord et avant tout sur les personnes et le sens que celles-ci donnent à leurs comportements.

L'intervenante doit reconnaître les efforts fournis par les membres de la famille pour combler un besoin, résoudre une difficulté, modifier un comportement, se débrouiller, garder le moral ou communiquer avec un organisme. Cette forme d'appui contribue à créer un climat propice aux confidences. La valorisation des forces de la mère, du père ou de l'enfant créera des liens qui amèneront ces personnes à demander plus facilement de l'aide. La présence régulière de l'intervenante privilégiée permet au lien établi de se consolider avec le temps et favorise l'engagement de chacun des membres de la famille.

Il peut toutefois arriver que, selon les besoins particuliers d'une famille, d'autres spécialistes aient à intervenir à un moment ou à l'autre du suivi. Par exemple, cette famille aura besoin de services professionnels en travail social ou en psychoéducation, pour stimuler le développement de l'enfant, pendant une certaine période. C'est cependant l'intervenante privilégiée qui entretient le lien de confiance avec la famille tout au long du suivi individualisé.

1.3 L'équipe interdisciplinaire

Se regrouper dans une équipe interdisciplinaire permet aux professionnels de disciplines différentes d'échanger des idées afin de mieux comprendre les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables et de leur apporter un meilleur soutien. La mise en commun d'expériences personnelles et professionnelles diversifiées aide à approfondir l'analyse des situations dans lesquelles se trouvent ces familles ; les discussions de cas serviront ensuite tant à l'élaboration qu'à la révision des plans d'intervention et des plans de service individualisés. De plus, les membres de l'équipe interdisciplinaire retirent de leurs rencontres formation et soutien.

Par ailleurs, l'équipe interdisciplinaire peut décider d'actions collectives à mener dans les différents milieux de vie. Pour mettre en œuvre ces projets, elle entretient des relations continues avec les partenaires institutionnels tels que les centres jeunesse et les centres hospitaliers externes aux centres de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les organismes communautaires susceptibles d'offrir des services aux familles visées. L'équipe a la responsabilité de transmettre à ces familles toute l'information sur les activités communautaires ou intersectorielles pouvant leur apporter un certain soutien. Elle se souciera enfin de la confidentialité et du respect de l'éthique professionnelle dans le choix des moyens d'intervenir auprès des familles.

1.3.1 Les membres de l'équipe interdisciplinaire

Toutes les professionnelles susceptibles d'agir comme intervenantes privilégiées font partie de l'équipe interdisciplinaire. Ayant une formation en santé ou dans le domaine psychosocial, elles sont reliées à la périnatalité, au développement des enfants ou à l'une des spécialités connexes en même temps qu'elles s'intéressent aux besoins des mères, des pères et des enfants. Ainsi, elles peuvent être, entre autres, infirmières, médecins, sages-femmes, nutritionnistes, travailleuses

sociales, psychologues, psychoéducatrices, éducatrices ou orthophonistes. Elles ont par ailleurs des habiletés diverses : si certaines sont spécialisées en intervention individuelle, d'autres peuvent avoir une bonne expérience de l'animation. La personne responsable de l'organisation communautaire est également membre de l'équipe interdisciplinaire. Sa principale contribution consiste à faire le lien entre la communauté et les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables, de façon à ce que l'on puisse répondre le mieux possible à leurs besoins. Cette personne est souvent la mieux placée pour reconnaître les besoins communs à plusieurs familles et pour proposer les projets qui sauront les combler.

La participation d'experts-conseils peut aussi être utile, notamment pour parler des moyens qui favorisent l'engagement paternel ou encore pour améliorer la qualité de l'intervention dans les cas de toxicomanie ou de violence conjugale, par exemple.

1.3.2 Les conditions favorables au travail interdisciplinaire

Le travail en équipe interdisciplinaire demande des changements en ce qui concerne la pratique ; ces changements seront plus ou moins importants selon l'expérience des personnes et des organisations. Certaines conditions facilitent grandement le travail en commun de ressources professionnelles venant de différents horizons. D'après Martin et Boyer (1995), ces conditions sont les suivantes :

- un parti pris pour la gestion participative ;
- des buts communs et des mandats clairs ;
- un mode de fonctionnement souple et efficace ;
- un climat d'ouverture et de confiance ;
- le plaisir à travailler ensemble ainsi que l'engagement réel et l'interdépendance des membres de l'équipe.

1.4 Les outils

Le suivi des femmes enceintes ou des mères et de leur famille comprend les étapes suivantes :

- l'identification et l'analyse des besoins à l'aide d'une grille, ainsi que la définition du projet de vie des membres de la famille ;
- la planification de l'intervention, qui se traduit par le plan d'intervention ;
- la mise en œuvre du plan d'intervention ;
- l'évaluation.

L'intervenante privilégiée s'assure de la participation active, à chacune de ces étapes, des femmes enceintes ou des mères et de leur conjoint.

1.4.1 La grille d'identification des besoins

L'identification des besoins de la femme enceinte et de sa famille se fait à l'aide d'une grille de collecte des données. Cette grille permet de tracer un portrait de la femme, de sa famille et de son milieu de vie ; elle ne constitue toutefois pas un outil de dépistage. Le temps consacré à remplir

la grille est souvent l'occasion, pour les membres de la famille, de faire connaître également leurs attentes ou des problèmes qu'il peut être urgent de régler. Les données recueillies couvrent les sujets suivants :

- le profil de la femme enceinte et de sa famille ;
- la santé globale de la femme et de sa famille ;
- la maternité et la paternité ;
- les conditions d'existence de la famille ;
- le réseau d'entraide et le recours aux services.

Tous les renseignements recueillis par l'intervenante privilégiée sont discutés avec la femme et son conjoint, de façon à ce que le plan d'intervention qui sera établi corresponde vraiment aux besoins exprimés par ceux-ci et à leurs capacités d'apporter des modifications dans leurs habitudes de vie.

1.4.2 Le plan d'intervention

Tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont tenus de préparer des plans d'intervention pour les personnes à qui ils offrent des services, lesquels plans font partie des dossiers. Ces plans d'intervention doivent être utilisés selon les pratiques en cours dans les différents milieux et selon les ententes avec les partenaires. Bien que les formulaires utilisés puissent différer par la forme d'un milieu à l'autre, leur contenu se ressemble.

Le plan d'intervention est établi à partir des besoins consignés dans la grille. L'identification des besoins est donc une étape cruciale puisqu'elle donnera leur légitimité aux objectifs fixés dans le plan. Celui-ci se prépare d'abord avec les parents avant d'être soumis à l'équipe interdisciplinaire. Il est rédigé de façon à présenter clairement :

- les besoins constatés par l'intervenante privilégiée ou exprimés par les parents ;
- les objectifs à atteindre ;
- les moyens choisis pour atteindre les objectifs fixés ;
- les résultats attendus ;
- l'échéancier.

Le plan d'intervention porte autant sur la santé que sur le bien-être des membres de la famille. Rappelons ici que les besoins peuvent se rapporter aux habitudes de vie, aux habiletés parentales, au développement de l'enfant ou encore à l'adaptation sociale des enfants et des parents. Quant aux moyens à utiliser pour atteindre les objectifs fixés, mentionnons qu'ils sont de divers ordres, mais des actions individuelles à l'intention des parents ou à celle de l'enfant ainsi que des activités de groupe pour les parents, pour les enfants, pour la dyade parent-enfant ou pour toute la famille doivent être envisagées dans l'élaboration du plan d'intervention.

D'autre part, le plan d'intervention doit être construit sur les forces des familles et les expériences réussies, en tenant compte des besoins personnels de la mère, du père et de chacun des enfants et en respectant le projet de vie familial défini. Ainsi, tout en répondant à des impératifs administratifs, il devient un outil de suivi pour les intervenants. Dans ce sens, les

moyens choisis sont ceux que privilégie la famille elle-même ; ils peuvent être remplacés par de nouveaux moyens plus adaptés à la situation chaque fois que le besoin s'en fait sentir. La souplesse et la simplicité demeurent les deux plus belles qualités d'un plan d'intervention.

Le plan d'intervention sert à orienter le suivi individualisé. Il doit tenir compte tant des besoins pressants que des besoins changeants des familles. Il contient des renseignements sur les programmes ou les services, individuels ou de groupe, que les familles ont utilisés. Compte tenu de la longueur du suivi, ce plan doit être mis à jour régulièrement par l'équipe interdisciplinaire – pour s'assurer qu'il soit toujours révisé après une discussion du cas en équipe – afin de bien rendre compte de l'évolution de la famille. Si une nouvelle intervenante privilégiée doit prendre la relève, elle pourra ainsi être au fait des derniers événements.

Le plan d'intervention s'inscrit dans un plan de service lorsque d'autres établissements ou organismes offrent des services et des programmes aux mêmes personnes. L'intervenante privilégiée doit prendre connaissance de ce plan de service. Elle doit également assurer l'accès des parents ou des enfants qui ont des besoins particuliers aux autres services du centre de santé et de services sociaux ou aux services d'autres établissements, selon le cas. En effet, les enfants peuvent éprouver, entre autres, différents retards de développement graves, des problèmes d'adaptation sociale majeurs ou des problèmes de santé importants, ou encore être atteints de handicaps exigeant une expertise spécialisée qu'il faut mettre à contribution le plus tôt possible afin que le développement de ces enfants n'en soit pas entravé outre mesure.

1.5 La fréquence des activités

Rappelons ici que l'accompagnement, depuis la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école, par une intervenante privilégiée est l'un des facteurs les plus importants de l'efficacité des services préventifs offerts aux familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. La fréquence des activités est un autre facteur qui a son importance pour l'atteinte des objectifs et le maintien des résultats dans le temps. La fréquence recommandée pour les visites à domicile varie non seulement selon le stade de la grossesse et l'âge de l'enfant, mais également selon les besoins de la famille. Ainsi, lorsque la famille vit une situation de crise ou a des besoins particuliers, le nombre de communications téléphoniques et de visites doit nécessairement augmenter.

Chaque visite dure entre 60 et 90 minutes. En période prénatale, les visites commencent dès la douzième semaine de la grossesse et ont lieu toutes les deux semaines ; de la naissance à la sixième semaine de vie du bébé, les visites doivent se faire hebdomadairement ; de la septième semaine jusqu'à l'âge de 12 mois, les visites ont à nouveau lieu toutes les deux semaines ; enfin, de 13 mois jusqu'à l'entrée à l'école, elles deviennent mensuelles. Aux visites s'ajoutent d'autres activités ou des communications téléphoniques afin d'évaluer les besoins de la famille de façon continue et de maintenir la relation de confiance qui permet de poursuivre les objectifs du plan d'intervention et de soutenir les parents dans la réalisation de leur projet de vie. Si les parents et l'enfant ne participent pas à d'autres formes d'intervention qui visent le développement des habiletés parentales, le développement des enfants ou l'insertion socioprofessionnelle des parents, l'intervalle entre les visites doit être de deux ou trois semaines. Les sujets à aborder pendant les rencontres à domicile et les activités de groupe, soit pour les enfants ou pour les

parents, sont présentés dans les guides d'intervention qui accompagnent le présent cadre de référence. Le tableau suivant résume les indications concernant la fréquence recommandée pour les visites à domicile.

Tableau 1 : Fréquence des activités

En période prénatale

- La prise de contact, par téléphone ou autrement, se fait le plus tôt possible.
- Les visites à domicile, d'une durée de 60 à 90 minutes chacune, ont lieu toutes les deux semaines à partir de la 12e semaine de la grossesse.

En période postnatale

- De 0 à 6 semaines : visite toutes les semaines
- De 7 semaines à 12 mois : visite toutes les 2 semaines
- De 13 mois à 60 mois : visite mensuelle, à laquelle s'ajoutent des activités de groupe pour les enfants, pour les parents ou pour les familles. Par contre, si les parents et l'enfant ne participent pas à ces activités, l'intervalle entre les visites doit être de deux ou trois semaines.

Les visites à domicile, surtout à partir de 13 mois, sont complétées par d'autres formes d'activités dont celles réalisées en groupe. Ainsi, l'enfant dont l'environnement familial n'est pas suffisamment stimulant participera, en milieu de garde ou dans d'autres milieux, à des activités éducatives qui visent son développement global. Les effets bénéfiques de la fréquentation d'un milieu de garde de qualité sur le développement cognitif, langagier et social de l'enfant de milieu défavorisé ont bien été étudiés (Palacio-Quintin et Coderre, 1999 ; Scarr, 1998), tout comme l'efficacité de l'intervention directe auprès des enfants sur le développement de ceux-ci (Ramey et Ramey, 1998 ; Gomby et autres, 1995). Bien que les études récentes portant sur l'efficacité des programmes d'intervention précoce ou d'éducation préscolaire ne permettent pas d'établir une intensité optimale – sinon minimale –, des activités, les auteurs s'accordent pour conclure que les programmes de courte durée et de faible intensité ont peu de chances d'avoir des effets bénéfiques sur le développement des enfants (Paquet, 1998 ; Ramey et Ramey, 1998 ; Gomby et autres, 1995 ; Hamel, 1995). À titre indicatif, les programmes considérés comme intensifs qui ont fait leur preuve offrent des activités éducatives au moins deux jours et demi par semaine, pendant deux ans.

Annexe II

Questionnaire pour le bilan sur le travail en équipe interdisciplinaire

Annexe 2 - Questionnaire pour le bilan sur le travail en équipe interdisciplinaire

Si vous le désirez, le présent questionnaire peut s'avérer un outil utile vous permettant d'effectuer un bilan du travail interdisciplinaire et de dégager des pistes de travail avec votre(vos) équipe(s).

Ce questionnaire est une adaptation de deux outils[2] :

a) grille d'analyse des conditions de travail en équipe interdisciplinaire (Martin, C., & Boyer, G., 1995) et

b) Payette, M., & Pronovost, L (1998). Il est constitué de 40 items regroupés sous les six dimensions suivantes :

1. Le parti pris pour une gestion participative (3 items);
2. Des buts et des mandats clairs (5 items);
3. Un mode de fonctionnement souple et efficace (10 items);
4. Un climat d'ouverture et de confiance (6 items);
5. L'implication des membres de l'équipe (11 items);
6. Les retombées du travail en équipe interdisciplinaire (5 items).

Ce questionnaire se termine avec sept questions ouvertes.

À votre convenance, ce questionnaire peut être utilisé selon deux modalités :

1. Le questionnaire est rempli en groupe comme outil déclencheur de la discussion et permet d'effectuer un bilan avec l'équipe et d'identifier les éléments à améliorer pendant l'année en cours.

2. Au préalable, le questionnaire est rempli anonymement par chaque intervenant de l'équipe. Par la suite, une personne effectue une compilation des réponses. Enfin, cette compilation sera utilisée comme outil de discussion lors d'une rencontre de l'équipe interdisciplinaire afin d'effectuer un bilan avec l'équipe et d'identifier les éléments à améliorer pendant de l'année en cours.

---

[2] Questionnaire adapté de : 1) Martin, C., & Boyer, G. (1995). Naître égaux, Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique de Montréal centre (pp. 179 - 181). 2) Payette, M., & Pronovost, L . (1998). Une intervention auprès d'équipes interdisciplinaires en CLSC. Interactions, 1 , 266-291.

QUESTIONNAIRE POUR LE BILAN SUR LE TRAVAIL EN ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE[3]

1. LE PARTI PRIS POUR UNE GESTION PARTICIPATIVE

Pour chacun des énoncés, veuillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau d'accord.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1. La philosophie de gestion privilégiée et pratiquée par le CLSC valorise la coopération et le travail en équipe.	1	2	3	4	5
2. La direction du CLSC et les coordonnateurs (coordonnatrices) font preuve de souplesse dans l'organisation du travail et l'exercice de l'autorité.	1	2	3	4	5
3. Le partage des responsabilités s'effectue dans le respect des compétences de chacun et selon un processus constant de négociation.	1	2	3	4	5

2. DES BUTS COMMUNS ET DES MANDATS CLAIRS

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
4. Le mandat de l'équipe interdisciplinaire est reconnu et valorisé officiellement par la direction du CLSC.	1	2	3	4	5
5. Au sein de l'équipe, nous partageons une vision commune concernant les besoins et les problèmes que vivent les femmes enceintes, les mères, les pères et leur enfant et les milieux de vie.	1	2	3	4	5
6. Nous définissons ensemble les priorités sur lesquelles il est le plus important d'agir ensemble en tant qu'équipe.	1	2	3	4	5
7. Les membres de l'équipe génèrent des solutions réalistes et réalisables et définissent des mandats et responsabilités claires pour chacun d'entre eux et pour l'équipe.	1	2	3	4	5
8. Au sein de l'équipe, la clientèle occupe la première place au niveau des discussions, des décisions et des préoccupations.	1	2	3	4	5

---

[3] Questionnaire adapté de : 1) Martin, C., & Boyer, G. (1995). Naître égaux, Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique de Montréal centre (pp. 179 - 181). 2) Payette, M., & Pronovost, L . (1998). Une intervention auprès d'équipes interdisciplinaires en CLSC. Interactions, 1 , 266-291.

3. UN MODE DE FONCTIONNEMENT SOUPLE ET EFFICACE

Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

Au sein de l'équipe, nous avons défini ensemble un mode de fonctionnement souple en ce qui a trait :

9.	Au déroulement des réunions.	1	2	3	4	5
10.	Aux modalités de décision et de coordination des interventions de l'équipe.	1	2	3	4	5
11.	Au suivi à effectuer par rapport aux divers « cas » et aux interventions à mener.	1	2	3	4	5

Globalement, la structure de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire est :

12.	Souple	1	2	3	4	5
13.	Efficace	1	2	3	4	5
14.	Suffisamment définie	1	2	3	4	5
15.	Au sein de l'équipe, l'information est facilement disponible.	1	2	3	4	5
16.	De façon générale, au sein de l'équipe, les décisions se prennent sur une base consensuelle.	1	2	3	4	5
17.	Nous avons adopté une démarche commune pour la mise en œuvre, le développement et l'évaluation de notre plan d'action interdisciplinaire.	1	2	3	4	5
18.	Au sein de l'équipe, les difficultés sont gérées ouvertement.	1	2	3	4	5

4. UN CLIMAT D'OUVERTURE ET DE CONFIANCE

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
19. En équipe, je me sens à l'aise d'exprimer ouvertement ce que je pense et ce que je ressens, de poser des questions et d'apporter mes suggestions.	1	2	3	4	5
20. Les membres de l'équipe accordent une place aux idées nouvelles et sont prêts à prendre des risques et à innover.	1	2	3	4	5
21. Les membres de l'équipe démontrent une volonté d'apprendre et de la tolérance face à l'ambiguïté et à l'inconnu.	1	2	3	4	5
22. Les membres de l'équipe soutiennent les intervenantes confrontées à des situations difficiles.	1	2	3	4	5
23. Les membres de l'équipe favorisent le partage des expériences de chacune des intervenantes.	1	2	3	4	5
24. Nous avons du plaisir à travailler ensemble.	1	2	3	4	5

5. L'IMPLICATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE ET L'INTERDÉPENDANCE

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
25. Je reconnais les compétences des autres.	1	2	3	4	5
26. J'accepte de discuter des rôles et des fonctions de chacun.	1	2	3	4	5
27. Je considère que le leadership est partagé au sein de l'équipe, autant sur le plan des contenus que de celui des responsabilités.	1	2	3	4	5
28. J'accepte de consacrer du temps et des énergies à la poursuite des buts de l'équipe.	1	2	3	4	5
29. Je me sens interdépendante des autres membres de l'équipe.	1	2	3	4	5
30. J'accepte d'assumer de nouvelles responsabilités au sein de l'équipe.	1	2	3	4	5
31. Les responsabilités sont équitablement partagées entre les membres de l'équipe.	1	2	3	4	5
32. J'accepte de partager les connaissances propres à ma profession.	1	2	3	4	5
33. J'utilise les connaissances des autres disciplines pour mieux comprendre une situation.	1	2	3	4	5
34. Je me préoccupe de comprendre les fondements ou le sens du travail des autres professionnels.	1	2	3	4	5
35. Je sollicite les expertises de mes collègues appartenant à une autre profession.	1	2	3	4	5

6. LES RETOMBÉES DU TRAVAIL EN ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
36. Grâce au travail effectué en équipe interdisciplinaire, l'intervention auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité est plus globale et intégrée.	1	2	3	4	5
37. Le travail en équipe interdisciplinaire me permet d'enrichir ma pratique professionnelle.	1	2	3	4	5
38. Le travail en équipe interdisciplinaire me permet d'améliorer mon sentiment d'efficacité auprès de la clientèle.	1	2	3	4	5
39. La confrontation des idées et les questionnements inhérents au travail en équipe interdisciplinaire ont un effet motivant dans mon travail.	1	2	3	4	5
40. Grâce au travail en équipe interdisciplinaire, j'ai une compréhension plus globale et élargie des problématiques liées aux conditions de vie.	1	2	3	4	5

QUESTIONS OUVERTES :

41. Ce que je trouve enrichissant dans le travail en équipe interdisciplinaire : Pourquoi ?

42. Ce que je trouve difficile dans le travail en équipe interdisciplinaire : Pourquoi ?

43. Un bilan des bons coups (ce qui a bien fonctionné cette année).

44. Les difficultés rencontrées dans l'équipe au cours de la dernière année :

45. Les solutions trouvées pour faire face à ces difficultés :

46. Les améliorations souhaitées :

47. **Autres commentaires :**

_____

_____

_____

_____

_____